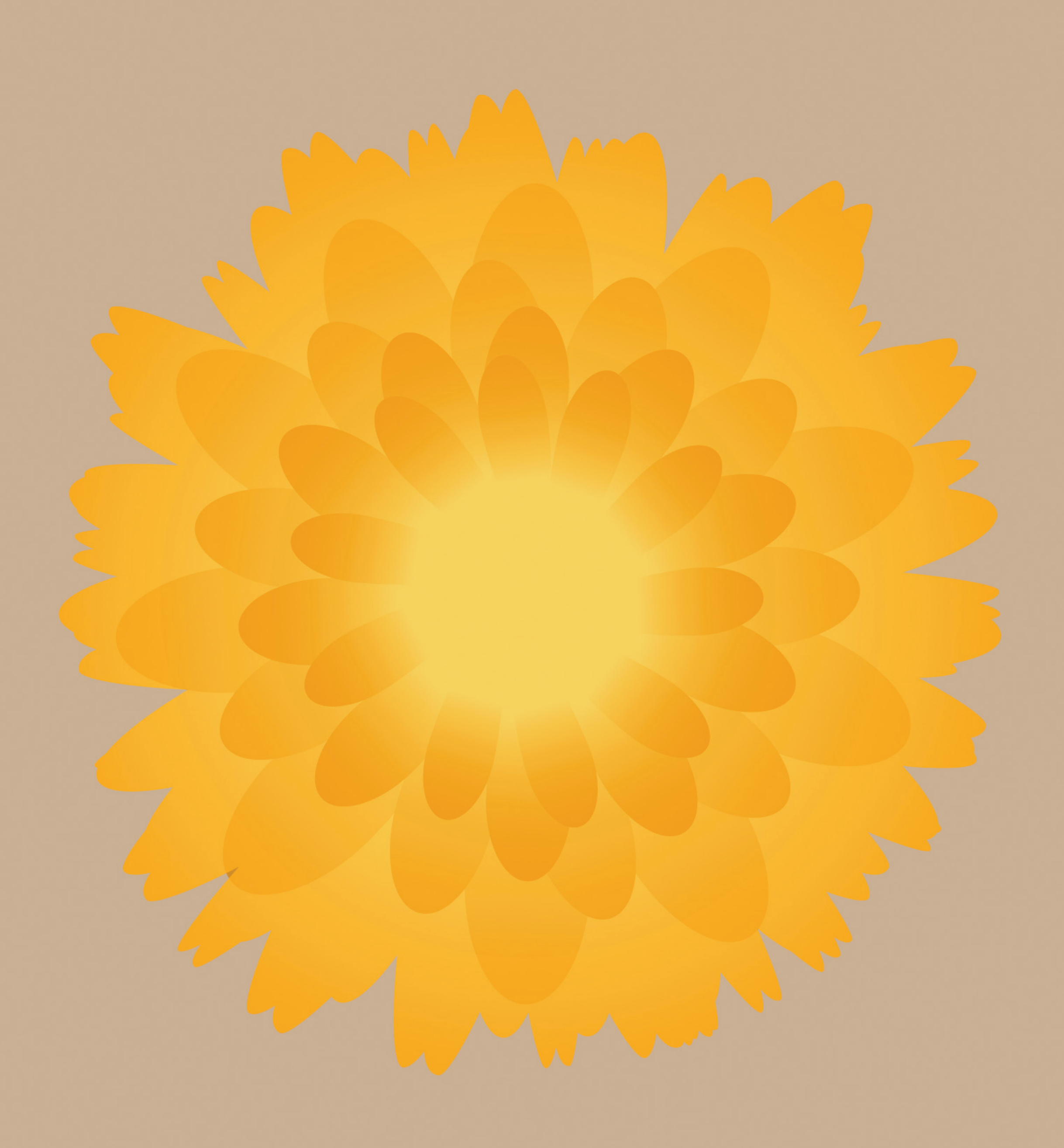
EDUCACION SEXUAL 13

climaterio



Página/12

PREGUNTAS FRECUENTES / RESPUESTAS CLARAS

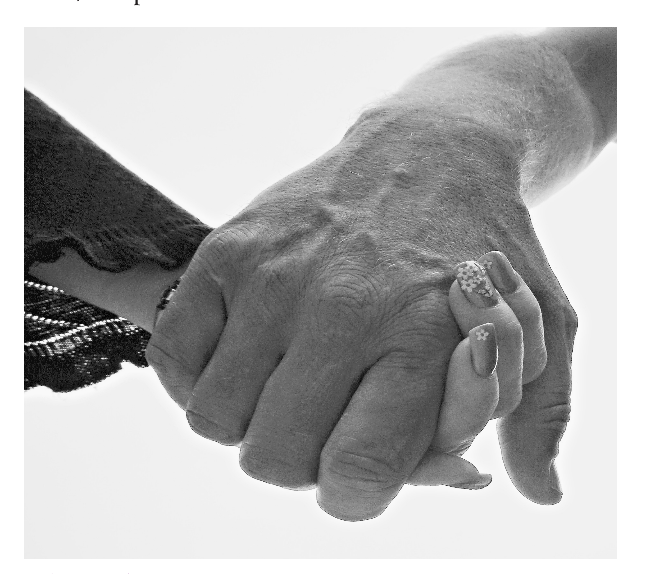


RESPONDE
DRA. CRISTINA VASINO

Medica ginecóloga. Adscripta de Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Integrante del Consultorio de Climaterio en el Servicio ginecología, Hospital Español de Bs.As. Secretaria general de la AAPEC (Asociación Argentina para el Estudio del Climaterio), miembro fundadora de la RED LINC. (Red de Investigación Latinoamericana en Climaterio). Integrante del "Area Salud Comunitaria y Género", Dirección General de la Mujer, Ministerio de Derechos Humanos y Sociales, Gob. Ciudad Autónoma de Bs.As.
ginecovas@hormail.com
AAPEC: *www.aapec.org* (para aclarar dudas y recibir charlas gratuitas)

¿La consulta al ginecólogo/a es suficiente para encarar los cambios que trae el climaterio?

El abordaje de la paciente en climaterio debería encararse de manera interdisciplinaria para brindar a la mujer una mirada más amplia de los cambios que siente. El ginecólogo, por ser el médico de atención primaria, es quien la recibe, pero hoy es imprescindible interactuar con otros especialistas: clínicos, cardiólogos, nutricionistas, endocrinólogos, psicólogos, psiquiatras y terapeutas sexuales, según cada caso. Vale recordar que dentro de la ginecología existe, desde hace unos diez años, la especialidad en climaterio.



El miedo: peor enemigo

El miedo a la aparición de problemas serios de salud resulta el mejor amigo de las enfermedades que al no ser diagnosticadas no es posible tratar. Debemos conseguir que las mujeres pierdan el miedo a reconocerse en esta etapa de la vida y, más aún, que no se avergüencen de reconocerse climatéricas. Si logramos que sepan con precisión qué es la menopausia, cómo puede influir sobre la salud, sobre la vida íntima, sobre las relaciones afectivas estarán mejor preparadas para transitarla.

dirección general: Hugo Soriani
edición y entrevistas: Liliana Viola
rumbo de diseño: Alejandro Ros
image research + diseño: Juliana Rosato
ilustraciones: Leandro Salvati
coordinación general: Víctor Vigo

Educación sexual-1a ed.- Buenos Aires: La Página, 2006
16p.; 28x20cm.
ISBN 987-503-430-4
1. Educación sexual.
CDD 613.907 1
Fecha de catalogación: 21/09/2006
Impreso en Kollor Press S.A. en diciembre de 2007



¿Climaterio y menopausia son lo mismo?

No significan lo mismo aunque muchas veces se emplee menopausia para nuclear ambos términos. Climaterio es una palabra de origen griego, “klimaster”, que significa escalera, en el sentido de descender peldaños. Claro que en la histórica Grecia la expectativa de vida de una mujer llegaba hasta los 40 años como mucho, mientras que hoy en Argentina ronda los 77. Lo de bajar escalones se asociaba, para Aristóteles, a la capacidad perdida de la mujer para procrear, pero el climaterio es una extensa etapa que cubre prácticamente la tercera parte de la vida de la mujer. El signo más evidente de esta etapa es la menopausia, definida como la fecha de la última menstruación. La menopausia es una palabra híbrida formada por dos términos, “mes” (del latín) y “pausia” (del griego). Constituye un dato histórico en la vida de una mujer como lo fue su menarca o primera menstruación.

¿El climaterio es una enfermedad?

Definitivamente, no. Sin embargo, todavía quedan resabios culturales que la consideran un mal irremediable. Hoy por hoy, con los avances de la ciencia, la tecnología y también con una mirada de género cada vez más instalada se hace posible disfrutar de lo bueno que tiene esta etapa. Es cierto que nadie se siente del todo bien si experimenta cambios físicos y psíquicos importantes que no comprende. Las mujeres deberían ampliar y clarificar su visión hacia los factores preventivos para evitar padecimientos cardiovasculares; la obesidad y el sedentarismo sumados afectan la calidad de vida futura. No menos importante es el manejo de la prevención de la osteoporosis como enfermedad silenciosa pero destructiva del hueso, que debería ser encarada desde la infancia a través de una alimentación rica en calcio. Asimismo, se deberá jerarquizar el conocimiento sobre la aparición de patologías oncológicas, tales como los cánceres de mama y colon prevalentes en estas edades pero de posible detección y aun curación con la consulta a tiempo.

¿Cuándo se termina el climaterio?

Se extiende aun después de la menopausia, hasta lo que se conoce en la actualidad como adultez mayor o senescencia (alrededor de los 70 años).



¿A qué edad empieza?

No hay una edad exacta. Para muchos autores comenzaría entre los 38 y 40 años aunque otros lo sitúan alrededor de 5 años antes de que se produzca la menopausia.

¿Qué nos indica que ha comenzado el climaterio?

Teniendo en cuenta que su característica fundamental es el agotamiento de las células en el ovario con la consiguiente disminución en la síntesis de estrógenos, un indicador importante es la irregularidad en el ciclo menstrual (se acorta, viene más seguido, aparece con intervalos más largos). La involución del ovario es casi imperceptible y se va instalando paulatinamente durante el transcurso de los años.

¿A todas afecta por igual la menopausia?

Cada mujer tiene su propia vida, personalidad, historia familiar, vínculos relacionales, antecedentes médicos, cultura y entorno diferenciados. Por ello, cada mujer vive su menopausia de forma diferente. Algunos síntomas son muy molestos para ciertas mujeres, mientras que para otras no lo son. En realidad lo que más afecta es la visión generalizada de que es una etapa negativa, cuestión que está en camino de revertirse.

¿Por qué tiene tan mala prensa esta etapa de la vida?

Es cierto, durante largo tiempo la palabra menopáusica se usó para descalificar. "Estás menopáusica" era lo mismo que "estás al borde de la locura porque te falta la regla". El llamarla "la edad crítica" encierra también una connotación negativa que fue reemplazándose con otros vocablos como "edad madura" o "edad media" con el fin de modificar viejos estereotipos. Esta descalificación puede leerse también desde una perspectiva de género: se privilegia a la mujer como elemento, joven y útil en relación con su capacidad de reproducción.

Pero la realidad nos dice que vivimos al menos unos 25 años más después de los 50. Es mucho tiempo como para resignarnos a que no haya nada, no pase nada o todo lo que pase sea catastrófico. ¿Por qué no tomar estos 25 años como la posibilidad de encarar un proyecto de vida, poner toda la fuerza, la sabiduría, el equilibrio acumulados durante estos años? Esto no es simplemente una expresión de deseo: si observamos el mundo que nos rodea vemos que muchas mujeres en la política, en los negocios, en la vida pública logran un reconocimiento y empiezan a ocupar lugares de importancia justamente en esta etapa. Las mujeres se proyectan a partir de los 50, mucho más que los varones. No sólo ocurre con la que puede tener un rol profesional, la que se dedicó siempre a su casa, ahora puede interesarse por otras cosas, desde cursos, esparcimiento, un tiempo especial para la amistad. Hay que tener en cuenta que es el momento en que se puede despegar del rol de "criadora de hijos". Es una etapa donde se generan muchos cambios. ¿Cuántas mujeres se divorcian a esta edad? Muchas. Se debe a que es un tiempo en el que se suele replantear la vida afectiva muchas veces en clave de "ahora o nunca", evaluando sus necesidades, fijándose otras metas que incluye la búsqueda de pareja cuando el balance arrojó pérdidas hasta la fecha.





¿Qué significa vivir en positivo esta etapa?

Una paciente que había empezado a tener problemas de incontinencia de orina formulaba esta misma pregunta. ¿Usted sabe lo que es vivir todo el día teniendo que usar toallitas o yendo al baño a cada rato? Vivir en positivo no es negarse a la realidad, es conocer que hay respuestas concretas para solucionar los problemas que pueden ir apareciendo.

Concretamente, para la mujer que comenzó sintiendo que al estornudar perdía un poco de pis, y luego, a los 3 años, ya se le hacía dificultoso salir de su casa por tener que ir al baño a cada rato, hoy existe la posibilidad de establecer diagnósticos avanzados para determinar si se tratará con medicamentos o con intervención quirúrgica. Existen técnicas quirúrgicas de avanzada para el tratamiento de la incontinencia de orina, con breve tiempo de hospitalización. No hace muchos años también las intervenciones para el prolapso genital (descenso de los órganos), eran más complicadas y requerían mayor tiempo de internación.

¿Qué es la menopausia quirúrgica?

Se produce cuando a la mujer le han sacado los ovarios. Ahora, si a la mujer le han sacado el útero, si bien ya no va a menstruar eso no quiere decir que ha entrado en menopausia, ya que ésta se produce por la falta de trabajo de los ovarios y no por la ausencia de útero. Para saber cuándo esta mujer entra en menopausia habrá que esperar la aparición de síntomas y también se puede recurrir a estudios de hormonas.

¿Es buena o es mala la terapia hormonal de reemplazo?

Hay una paradoja: ¿por qué medicar si estamos diciendo que la menopausia es un fenómeno natural? Sin embargo, hay un fuerte consenso científico acerca de que, para dar respuesta a los síntomas vasomotores moderados a severos (calores, sudoraciones, palpitaciones, irritabilidad) que comprometan la calidad de vida de la mujer, se pueden utilizar estrógenos exógenos que son los que se dejaron naturalmente de producir en los ovarios, la llamada terapia hormonal de reemplazo. Tantas polémicas han surgido en torno de estas terapias, tanto se las ha demonizado que han llegado a confundir a las mujeres sobre su utilización. Cada mujer debería consultar sobre su situación específica para saber cuán buena o mala puede resultarle. Hoy preferimos la utización de bajas dosis y el menor tiempo posible, pero esto dependerá de cada mujer.
Por eso los especialistas hablamos del “traje a medida”.

SEXO SEGURO A TODA EDAD
INCLUIDAS LAS MUJERES DE MAS DE 4 DECADAS

Una mujer que no menstrúa o casi ya no menstrúa, ¿puede quedar embarazada?

Sí, puede. Puede haber dejado de menstruar pero puede ocurrir que esos ovarios, que estuvieron semidormidos por unos meses, se activen y se restablezca el ciclo, con lo cual hay posibilidades de que se produzca una ovulación. Son embarazos que se generan por confiarse en eso de "estoy en menopausia y no pasa nada". Por eso decimos que la mujer que entró en menopausia debe seguir cuidándose un año más en sus relaciones sexuales después de su última menstruación.

Aborto en la madurez

Si bien las estadísticas en nuestro medio muestran que la muerte por infecciones relacionadas con la interrupción del embarazo es alta en la mujer joven, puede observarse que entre los 38-45 vuelve a ser significativa, en especial en sectores socialmente vulnerables y con escasa posibilidad de acceder a los servicios de salud. Si bien los programas instalados desde el Ministerio de Salud de la Nación están modificando las cifras en los últimos años, reducir la mortalidad materna en la Argentina es todavía una asignatura pendiente. Las razones por las cuales muchas mujeres no desean llevar adelante un embarazo a esta edad pueden ser múltiples: desde el temor a no tener un hijo sano, la presencia de enfermedades maternas preexistentes como hipertensión, diabetes, etc. que con mayor frecuencia se presentan a esta edad, aumentando los riesgos para llevar adelante un embarazo a término.

El embarazo después de los 40

El envejecimiento reproductivo de la mujer plantea un desafío, ya que cada vez más mujeres programan sus embarazos cerca del límite de su vida reproductiva. La medición de la reserva ovárica permitirá determinar la edad biológica del ovario –no siempre coincidente con la cronológica–, establecer un pronóstico reproductivo y proponer terapéuticas más adecuadas para este grupo de mujeres. Hay ciertos números a tener en cuenta: a los 37 años quedan aproximadamente 25.000 folículos. A partir de esta edad, se acelera la atresia y la mujer llega a la menopausia con 1000 folículos alrededor de los 51 años. La tasa de fertilidad por ciclo es de 25% hasta los 35 años, de 8% entre los 35 a 40 años, de 4% entre los 41 a 45 años y de sólo el 1% en mujeres mayores de 46 años. Sin duda la ciencia y los avances tecnológicos dados en el campo de la medicina reproductiva pueden brindar posibilidades para facilitar la maternidad en edad avanzada. No pocos dilemas éticos se presentaron en EE.UU. cuando se debió abrir en los registros estadísticos el nuevo decenio a partir de los 49 años en los registros de nacimientos. ¿Tendremos a futuro una sociedad sin abuelos para compartir sus vivencias? Queda abierta la polémica.

¿Cuáles son los síntomas más frecuentes?

Si bien cada caso es diferente, los primeros síntomas suelen ser los vasomotores: los ya conocidos sofocos, calores, sudoración nocturna, palpitaciones. También se producen cambios emocionales que dependen en cada caso de la vida que se haya llevado, el entorno familiar y social, etc. Siguen cambios metabólicos importantes.

¿Qué factores influyen en la aparición de los síntomas?

Pensar que la presentación del llamado síndrome climatérico tiene como único eje de producción estrictamente las causas biológicas es un reduccionismo para quienes intentan ayudar de la mejor manera esta etapa. Hay que evaluar los factores netamente psicológicos y variables en cada una, así como también factores socioculturales relativos al contexto en el que se desenvuelve su día a día.



Suelen ser el primer síntoma al retirarse la regla y alcanzan su mayor intensidad durante el primer año de instalada la menopausia. No en pocas oportunidades los calores han sido utilizados como un signo evidente de envejecimiento de la mujer.

¿Por qué aparecen los calores?

A pesar de innumerables trabajos de investigación, el complejo mecanismo por el cual se producen "los calores" no está claro, así como tampoco por qué algunas mujeres padecen verdaderas crisis y otras no. Algunos autores postulan que se deben a una alteración central de la termorregulación y se ha llegado a proponer un circuito para explicar su origen. También se los relaciona con el brusco descenso de las hormonas femeninas y su impacto en la liberación central de sustancias que actúan como neurotransmisores.

¿Con qué frecuencia aparecen?

Algunas jamás los sufren, otras tienen uno o dos al día y de corta intensidad; otras, en variados momentos y por largos minutos. También podemos encontrarnos con las que padecen sofocos hasta pasado un largo tiempo (años) después de instalada la menopausia, aunque no es lo más frecuente.
En general comienzan en el pecho, se extienden al cuello y la cara y pueden estar acompañados de sudores fríos y escalofríos. Lo más común es que aparezcan por la noche. Son tan famosos, sobre todo porque constituyen un círculo vicioso por el cual la mujer se levanta, abre la ventana para airearse, transpira copiosamente, tiene frío lo que la obliga a cambiarse el camisón. Finalmente, se desvela y luego no puede dormirse. El epílogo de la historia: mañanas irritables y de muy mal humor porque no se ha logrado descansar. Esto puede ser pasajero o perpetuarse, obstaculizando el desarrollo de tareas habituales.

¿Todas las mujeres por igual sienten esos calores?

Entre un 10% y un 15% de mujeres no ha manifestado nunca esta sensación durante el climaterio. Según estudios, los sofocos se presentan entre el 58% y 80% de las mujeres europeas y de América latina, sin embargo en los países orientales la sintomatología es mucho menor. Se cree que existen aspectos socioculturales de peso, ya que el envejecimiento es vivido de forma diferente en estas culturas donde se jerarquiza, por ejemplo, el paso del tiempo. También influiría la alimentación, de hecho las culturas que se alimentan con productos sobre la base de soja desde la infancia tienen menos apariciones de este síntoma. A su vez se ha observado que la menopausia quirúrgica es acompañada por síntomas más intensos debido a que la cesación hormonal se produce de manera brusca.

¿Las hormonas provocan cáncer?

El mito histórico de que "usar hormonas origina cáncer" se debe atenuar con que las hormonas deben utilizarse con indicaciones claramente definidas y que tienen contraindicaciones absolutas para su utilización. El mayor peligro no son las hormonas sino su automedicación, el tomarlas sin haber realizado exámenes previos. Son imprescindibles los análisis de rutina siguientes: tensión arterial, Papanicolaou, colpo, mamografía y ecografía transvaginal.

¿Cómo se administra la terapia hormonal de reemplazo?

De diversas maneras: comprimidos, parches cutáneos, gel y hasta preparados inyectables. Es necesario en aquellas mujeres que tengan útero intacto adicionar progesterona, preferentemente "natural ", por vía oral o por vagina. Si la paciente está en perimenopausia, prefiere continuar con sangrado regular símil a su menstruación, en este caso el médico establecerá el esquema cíclico correspondiente. La elección de la vía no es caprichosa, tiene estrictas indicaciones médicas ya que son pocas las mujeres que pueden utilizar cualquiera de ellas.

¿Hay otras opciones además de las hormonas?

Si la paciente tuviera contraindicados el uso de estrógenos, podría utilizar fármacos no hormonales para los síntomas leves a moderados, como por ejemplo las isoflavonas de soja. Si notara disminución del deseo sexual acompañado de cansancio y humor depresivo, se ha hallado una buena respuesta con la utilización de la llamada droga Tibolona.



¿Hay síntomas que se toman como climatéricos pero no lo son?

Con frecuencia se presentan pacientes con síntomas comunes al climaterio que enmascaran otras afecciones. Uno de los más frecuentes es el hipotiroidismo, que nada tiene que ver desde lo hormonal con el climaterio pero con frecuencia es coincidente con la edad de la menopausia. Calores, transpiración, irritabilidad, insomnio y cambios de humor pueden enmascarar síntomas de hipertiroidismo. La forma más sencilla de descartar patología tiroidea es la valoración de la TSH en muestra de sangre. De acuerdo a los resultados obtenidos de laboratorio se irá paulatinamente descartando la causa de estas patologías hasta llegar con certeza a conocer el mecanismo de origen, para posteriormente indicar el tratamiento adecuado.

En cuanto a la depresión, se debe tener en cuenta que la menopausia no la genera. Lo que puede aparecer es un humor depresivo, con tristeza, decaimiento, desgano y falta de voluntad para nuevos emprendimientos. Toda esta sintomatología, si es marcada y de acuerdo con la personalidad de la paciente, puede simular una enfermedad depresiva, sin embargo nunca tienen el mismo mecanismo en su génesis desde el punto de vista psiquiátrico y sólo forma parte del síndrome climatérico. Con estos ejemplos queda claro que el trabajo interdisciplinario es de fundamental importancia para arribar a un diagnóstico diferencial correcto.

CORAZON, CUIDADO CON EL CORAZON



Está muy arraigada la creencia de que la principal causa de muerte en las mujeres de esta edad es el cáncer. En realidad, la suma de la mortalidad por cáncer de útero y mama no alcanza ni a la mitad de la que provoca la enfermedad cardiovascular.

¿Hombres y mujeres no se enferman igual? No sólo existen diferencias entre hombres y mujeres en la manifestación clínica de la enfermedad cardiovascular, sino que muchas de esas diferencias se sustentan en bases anatómicas y fisiológicas "parecidas pero no iguales" que podrían ser de ayuda para la comprensión del comportamiento y el diagnóstico precoz. Nos hemos equivocado al no percibir que la mujer tiene tanta posibilidad de padecer enfermedad cardiovascular como el varón. Lo que ocurre es que la mujer tiene un atraso respecto a la presentación de la enfermedad: empieza unos diez años después que en el hombre. Los estrógenos juegan un rol muy importante en la fisiología cardiovascular porque ejercen cierta protección que decae con la menopausia. En los Servicios de Guardia afortunadamente ha comenzado a revertirse un error típico al recibir un paciente con "dolor opresivo en el pecho": años atrás, si el que ingresaba era un varón, por rutina se pedían estudios de complejidad, mientras que a ellas se les indicaba un ansiolítico.
¿Cuáles son los síntomas?
Quizás podría decirse que los síntomas difusos, no "característicos", tengan un perfil poco definido, porque la enfermedad coronaria fue descripta inicialmente en el varón, no en la mujer. Entonces, cuando decimos: éste es el síntoma típico, lo es para el varón pero no es un síntoma típico para la mujer.

Son factores de riesgo: la hipertensión arterial, el aumento del colesterol total por encima de 200mg/ y el tabaquismo. Los antecedentes familiares consanguíneos con eventos antes de los 65 años son estudiados con más detenimiento.

¿Estamos engordando?

Es muy posible. Una serie de trastornos metabólicos pueden hacer su aparición en el climaterio: obesidad, diabetes, trastornos en los lípidos, trastornos tiróideos, etc. El proceso biológico de envejecimiento en general y del sistema endocrino (hormonal) en particular determinan variaciones profundas en el metabolismo, en el balance energético y en la composición corporal de ambos sexos. Aunque el aumento de peso es más pronunciado en el sexo femenino, se observa en casi el 50% de las mujeres climatéricas. Según la mayoría de las estadísticas, un 60% de las mujeres ganan un promedio de 5-8 kg al entrar en la menopausia, sólo el 8% adelgaza y un 30% permanece más o menos igual.

¿Por qué engordamos ahora?

En esta etapa suele registrarse un aumento en la ingesta y una disminución en la actividad física. Pero hay otra razón: el tejido adiposo es un verdadero órgano distribuido de manera desigual en todo el cuerpo; en los últimos 10 años se ha mostrado que actúa como una "verdadera usina secretora" de diversas hormonas y otras sustancias metabólicamente activas. Desde la descripción de la famosa leptina, unas 120 sustancias han sido identificadas y posteriormente descriptas. El sumar años, como proceso biólogico, se acompaña con la disminución de la masa magra y ósea, así como con un aumento de la masa grasa. La distribución preferentemente es abdominal, el famoso "salvavidas". Además, con la disminución de estrógenos se produce un aumento relativo de los andrógenos (que son producidos por los ovarios siempre pero en menores cantidades que en el varón). Este exceso de andrógenos tendría un efecto en el aumento en los depósitos viscerales de grasa.

¿La diabetes también puede aparecer en esta etapa?

Al haber mayor cúmulo de grasa se va también conformando lo que se llama la insulina resistencia. Con el aumento de grasa, el páncreas debe trabajar más para fabricar mayor cantidad de insulina, cuando éste se va agotando, la mujer tienen una alta posibilidad de que se instale un cuadro de diabetes.

☼ Cuestión de piel

Una cosa es el paso del tiempo y otra es el fotoenvejecimiento producto del daño solar acumulado. Es el climaterio una etapa para revertir malos hábitos. Consultar a un dermatólogo es bueno para empezar a cuidar la piel en forma intensiva.

☼ Menos dieta

No a las dietas restrictivas, porque ahora si adelgazás mucho se te cae la cara y te avejenta. Las que suman pocos kilitos, 2 o 3, son más beneficiosas.



MANTENERSE EN MOVIMIENTO ES LA CLAVE.
Y A LA HORA DE COMER:

- Preferir preparaciones de alimentos horneados, al vapor o cocidos en vez de fritos (no agregar cremas, salsas grasosas, etc.)
- Escoger más alimentos ricos en hidratos de carbono complejos y fibra, como panes y cereales, leguminosas, frutas y verduras.
- Escoger cortes magros de carne y quitar la piel del pollo antes de cocinarlo.
- Usar productos descremados o semi-descremados.
- Aderezar los alimentos con limón, vinagre y especias en vez de crema, manteca, aceites o aderezos industrializados.
- Desayunar con alimentos bajos en grasa como cereal, pan y fruta.
- Cuando utilice grasas en la preparación de alimentos, preferir aceites vegetales como el de oliva, girasol, maíz o soja a las grasas de origen animal.
- Limitar el consumo de alimentos altos en colesterol como las vísceras, las carnes grasosas y los huevos.



¿Con el climaterio se va el deseo?

En el climaterio se produce en general cierta disminución en el deseo. Aquí también todo depende mucho de cómo se encuentre la mujer anímicamente, cómo haya sido la vida sexual hasta ese momento, si tiene pareja o no, qué tipo de relación tiene.

Las modificaciones anatómicas ¿pueden determinar cambios en la función sexual?

Todas las modificaciones observadas en la piel tras la menopausia, sumadas a las específicas del aparato genital se van a traducir en una menor respuesta o en una lentificación de la respuesta a la estimulación del clítoris, una disminución de las secreciones glandulares y un espasmo muscular más débil durante el orgasmo. La falta de secreciones vaginales es la principal responsable del dolor a la penetración (dispareunia). Asimismo, la lubricacion del introito o entrada de la vagina por el descenso de secreciones glandulares que se producen con la excitación también desciende y puede aumentar las dificultades antes descriptas. Menos frecuentes son los espasmos dolorosos debido a la atrofia del útero durante la fase del orgasmo. El otro punto es que, al cambiar la flora vaginal normal, existen más probabilidades de tener episodios de cistitis. Porque la última parte de nuestro tracto genital y la uretra tienen el mismo origen embriológico, siendo en ambos casos los que sufren el déficit de los estrógenos. Se produce una disminución considerable de la flora propia, encargada de acidificar la vagina por lo que, al faltar este sistema de autoprotección, la vagina se torna más sensible a infecciones. Son frecuentes las manifestaciones de sensación de “quemazón” o ardor con el contacto del semen.

¿Es normal un aumento de la libido?

A diferencia de lo que ocurre en muchas mujeres, otras, sobre todo en la perimenopausia, experimentan el deseo de incrementar su actividad sexual y de recibir mayor atención erótica. La seguridad de no quedar embarazada, el deseo de recobrar la juventud aumentando la frecuencia sexual así como las demandas de afirmación de su feminidad pueden representar un papel muy importante.

¡Con vaselina no!

Si hay trastornos en la penetración por sequedad es importante “lubricar” y no “patinar”, las sustancias aceitosas entre las que se encuentra la famosa vaselina han quedado atrás. Hoy usamos cremas u óvulos con un estrógeno débil, tres veces por semana, que en general no tienen contraindicaciones. También se utilizan cremas con isoflavonas de soja y existen unos preparados conocidos como “hidratantes vaginales” que se adhieren a la mucosa vaginal reteniendo agua. Si se desea un efecto duradero es importante colocarlo independientemente de las relaciones sexuales.

LA OSTEOPOROSIS

¿Qué es?

Es una enfermedad que va debilitando gradualmente los huesos, haciendo que se vuelvan frágiles y propensos a las fracturas. La osteoporosis y las fracturas asociadas pueden robarle su movilidad y su independencia. Esta es una enfermedad que se presenta principalmente en la mujer después de la menopausia. Se estima que a partir de los 50 años, una mujer tiene casi un 40% de probabilidades de desarrollar una fractura osteoporótica durante el resto de su vida.

¿Hay estudios para determinar el estado de los huesos?

Actualmente, la cuantificación de masa ósea es posible a través de la densitometría ósea, que permite definir tratamientos preventivos muy eficaces.

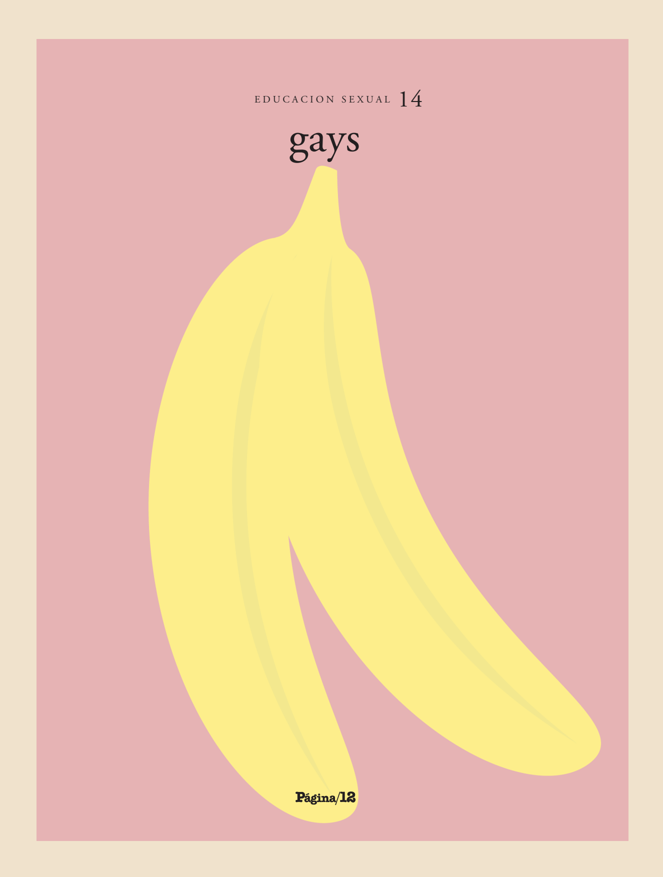
NO ES UN DESTINO INEVITABLE

No deberíamos correr tras la osteoporosis una vez llegada la menopausia. Deberíamos hablar de esta enfermedad como una enfermedad muy sencilla de prevenir si desde la infancia tomamos los recaudos necesarios. Como, por ejemplo, reemplazar la leche, cuando a los 3 o 4 años chicos y chicas empiezan a rechazarla, por otros productos lacteos. Hay que tener en cuenta que ciertas enfermedades y dietas relacionadas con la moda de la delgadez dejan un panorama muy proclive a la osteoporosis.

MEJOR PREVENIR

- *Dieta rica en calcio.*
- *Aumento de la actividad física.*
- *Evitar posturas viciosas.*
- *Evitar inmovilizaciones prolongadas.*
- *Usar calzados adecuados.*
- *Evitar la delgadez excesiva.*
- *No fumar.*

Próximo número:



RESPONDE ERNESTO MECCIA, SOCIOLOGO. AUTOR DE *LA CUESTION GAY* (PAIDOS)

¿Es lo mismo gay que homosexual? El sentir atracción o tener relaciones con alguien del mismo sexo ¿define la homosexualidad en una persona? ¿Qué es la homofobia? ¿En qué razonamientos se fundamenta? ¿Los gays también son homofóbicos? ¿Qué es el orgullo gay? ¿Qué significa salir del closet? ¿A qué se llama ser pasivo o activo? ¿Cómo resolver el dilema de si decir o no decir que uno es gay? ¿Cómo ha cambiado la mirada de la ciencia, del Estado y de la sociedad frente a la homosexualidad?

